

## Fax-Antwort

Bitte füllen Sie den Antwortbogen möglichst vollständig aus.  
Vielen Dank.

Per Fax an +49 (0) 511 71280 200

### 1. FIRMIERUNG

Firmenstempel

Praxis/Klinik

Inhaber (Titel, Vor- und Nachname)

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Internet

### 2. SCHWERPUNKT

Kleintiere       gemischt

### 3. MITARBEITER/AUSSTATTUNG

---

---

### 4. ERFAHRUNGEN MIT TIERKRANKENVERSICHERUNGEN

ja       nein

Wenn ja, welche?

---

---

### 5. IHRE ANMERKUNGEN

Hier haben Sie Platz für Ihre Anregungen und Ideen:

---

---